

Protocoale de diagnostic și îngrijiri în asistența primară

Vol I

Metodologia efectuării consultației prenatale și a consultației postnatale

A. CONSULTAȚIA PRENATALĂ

Definiție: metodă de urmărire, depistare și prevenire a riscului obstetrical

A.1 PRIMA CONSULTAȚIE PRENATALĂ

- Prima consultație prenatală este foarte importantă deoarece reprezintă prima evaluare a cazului.
- Cu această ocazie, medicul întocmește "**Anexa pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei**" la Fișa de consultații medicale a pacientei și completează datele necesare în "**Carnetul gravidei**" (instrument de lucru util pentru monitorizarea completă a evoluției sarcinii și lăuziei, având și rolul de a asigura o comunicare obiectivă între diferitele eșaloanele medicale), precum și în "**Registrul de evidență a gravidelor**" din cabinetele MF (care le permite acestora să aibă în orice moment o privire de ansamblu asupra evoluției sarcinii, a prezenței la consultații, a manevrelor efectuate și a principalelor elemente observate în cursul consultațiilor prenatale).

Luarea în evidență se face la solicitarea femeii gravide, în momentul prezentării acesteia pentru consultație sau la solicitarea asistentei medicale comunitare.

Medicul de familie nu are dreptul să refuze o gravidă care se prezintă pentru consultație și luare în evidență.

În cadrul consultațiilor la medicul de familie, femeia gravidă are prioritate.

Luarea în evidență se face cât mai precoce, în primul trimestru de sarcină, cunoscând că eficiența consultației prenatale presupune cunoașterea femeii gravide din primele 6 – 8 săptămâni de sarcină.

Întregul personal medico-sanitar are obligația să cunoască importanța consultației prenatale și să îndrume, din timp, toate gravidele, pentru luare în evidență și supraveghere profilactică a evoluției sarcinii.

Medicul de familie și asistenta medicului de familie au obligația (cu ocazia examinărilor periodice, cu ocazia eliberării certificatului prenuptial etc.) să consilieze grupul femeilor de vârstă fertilă, potențiale viitoare mame, despre importanța prezentării la medic în momentul când constată că sunt gravide.

Asigurarea unei luări în evidență precoce, tempestive și fără omisiuni se realizează prin ameliorarea metodelor și formelor organizatorice, cât și prin mijloace legislative.

Medicii de familie, medicii obstetricieni-ginecologi și de alte specialități și cadrele medii de specialitate, din sistemul public sau privat, au aceleași atribuții și obligativitatea să acorde toată atenția femeii gravide și să efectueze toate prestațiile prevăzute în prezentele norme.

Medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, din ambulatorii publice sau particulare, solicitați de orice gravidă pentru supravegherea sarcinii, au aceleași obligații în ceea ce privește prestațiile medicale și întocmirea documentației medicale.

O atenție deosebită se acordă gravidelor cu risc crescut, condiționat de factori socio-economici, culturali și medico-biologici precari, cunoscând din experiență faptul că accidentele și complicațiile cele mai grave în evoluția sarcinii sau nașterii sunt generate în special de această categorie de gravide. Un rol deosebit în depistarea acestei categorii de gravide îl are rețeaua de asistență medicală comunitară.

Conform reglementărilor în vigoare, serviciile pentru monitorizarea sarcinii și lăuziei și a patologiei de sarcină (determinată sau coexistentă acesteia) sunt asigurate din fondul de asigurări sau din alte surse, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

Obiectivele primei consultații prenatale

a) Verificarea diagnosticului de sarcină

Semne sugestive pentru sarcină

- **Amenoree** (absența menstruației), mai ales când apare la femei cu ciclu menstrual regulat, în plină perioadă de activitate sexuală
- **Tulburări neurovegetative:** grețuri, vărsături, somnolență, oboseală, ptialism; apar inconstant, cu intensitate variabilă, în jurul săptămânii a 6-a de amenoree, și cedează de obicei în săptămânile 18-20 de amenoree
- **Modificări ale sânilor:** mastodinii (durere și angorjarea sânilor) hiperpigmentarea areolei mamare și a mamelonului, apariția areolei secundare, a tuberculilor Montgomery și a rețelei venoase Haller
- **Constipație**
- **Tulburări urinare** – polakiurie

Semne de probabilitate de sarcină

- **Teste de sarcină pozitive**
- **Modificări de dimensiuni, formă, consistență ale uterului**, mai ales după săptămâna a 6-a de amenoree. Corpul uterin crește în volum și este comparat în primul trimestru de sarcină cu fructele citrice (mandarină la 4 săptămâni de amenoree, portocală la 8 săptămâni de amenoree, grepfrut la 12 săptămâni de amenoree). Ca formă, la început este globulos, apoi devine ovoidal, de consistență moale (comparația clasică se face cu o bucată de unt – semnul Bonnaire). Uterul gravid ocupă fundurile de sac vaginale (semnul (Noble)).
- Dacă volumul uterin este greu de apreciat – retroversie uterină, sarcină mică, țesut adipos bine reprezentat – se recomandă un nou control peste 10 – 14 zile și examen ecografic pelvin.

Semne de certitudine a sarcinii

- Examenul ecografic pelvin pune în evidență:
 - Sacul gestațional și ecoul embrionar din a 6-a săptămână de gestație
 - Conturul embrionar din a 8-a săptămână de gestație
 - Semnele de vitalitate embrionară: activitate cardiacă prezentă începând cu săptămâna a 7-a de gestație și mișcările embrionare, posibil de vizualizat în săptămâna a 8-a pentru trunchi și a 9-a pentru membre.

- b) Stabilirea vârstei sarcinii și calcularea datei probabile a nașterii**
- Vârsta sarcinii se exprimă în săptămâni; se calculează în funcție de perioada de amenoree pornind de la prima zi a ultimei menstruații (disc Kvacek)
 - Trimestrul I = 1 – 12 săptămâni de sarcină, inclusiv
 - Trimestrul II = între 13 și 28 de săptămâni de sarcină, inclusiv
 - Trimestrul III = peste 28 de săptămâni de sarcină
- Examenul ecografic este foarte util în rimele 3 luni de sarcină; între 6 și 12 săptămâni de amenoree, parametrii de biometrie au precizie ridicată (± 3 zile).

- c) Stabilirea bilanțului stării generale de sănătate a femeii prin efectuarea examenului complet al tuturor aparatelor și sistemelor**

- d) Cunoașterea condițiilor socio - economice: condiții de viață, de muncă, familiale, numărul de copii**

- e) Evaluarea factorilor de risc și ierarhizarea cazului**
 - Gravidă cu sarcină fiziologică
 - Gravidă cu risc obstetrical crescut

Conținutul primei consultații prenatale

Dacă anumite examene, analize sau investigații nu pot fi realizate datorită lipsei condițiilor tehnico-materiale (în special examinarea cu valvele, recoltarea secreției vaginale pentru examen bacteriologic, examen Babeș-Papanicolau sau examinarea ecografică pelvină), acest lucru va fi consemnat în documentația medicală de evidență a gravidei, iar aceasta va fi îndrumată, sub semnătură de luare la cunoștință, pentru efectuarea lor, către un serviciu de specialitate (laborator sau medic de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu).

- a) Anamneză completă**
- b) Examen general pe aparate și sisteme**
- c) Examen ginecologic complet**
- d) Investigații paraclinice obligatorii și investigații cu indicație specială**
- e) Ierarhizarea cazului**
- f) Primele recomandări făcute gravidei**

a) Anamneza

Cuprinde:

- Date personale: identitate, vârstă, domiciliu, ocupație, stare civilă, condiții de viață, de muncă (noxa, efort deosebit, fumat, alcool, droguri etc.)
- Date despre soț: vârstă, stare de sănătate
- Antecedente heredocolaterale:
 - boli genetice, malformații, în ambele familii; în caz afirmativ, se îndrumă către consult genetic
 - gemelarietate
 - boli cu predispoziție familială (hipertensiune
- antecedente personale fiziologice: menarha, caracterele ciclului menstrual; data ultimei menstruații (prima zi a ultimei menstruații) este foarte importantă deoarece după ea se calculează data probabilă a nașterii, data concediului prenatal; se atrage atenția gravidei să noteze data primelor mișcări fetale
- antecedente personale patologice – generale, ginecologice
- antecedente obstetricale – număr de nașteri, avorturi, durata, patologia sarcinilor anterioare, date despre travaliu, naștere, greutatea fiecărui copil la naștere, scorul Apgar, starea actuală de sănătate a copilului, evoluția perioadei de lăuzie

b) Examenul general pe aparate și sisteme

- Va fi complet
- Se notează:
 - înălțimea gravidei
 - pelvimetria externă; se măsoară diametrele (bispinos – 24 cm, bicrest – 28 cm, bitrohanterian – 32 cm, antero-posterior – 20 cm), rombul Michaelis
 - greutatea, pulsul, tensiunea arterială (atenție la TA diastolică), vor fi urmărite dinamic cu ocazia următoarelor consultații, cu notarea fiecărei modificări.

c) Examenul ginecologic complet

- *Examenul sânilor*, cu evaluarea mameloanelor în vederea viitoarei alăptări
- *Palparea abdomenului*
- *Inspeția regiunii vulvo-perineale*
- *Examenul cu valve și tactul vaginal (efectuate de medicul de specialitate obstetrică – ginecologie)*

Examenul cu valve:

- starea colului, a vaginului
- se prelevează probe pentru examenul bacteriologic și citologic Babeș-Papanicolau

Tactul vaginal:

- forma, mărimea, consistența, mobilitatea, sensibilitatea uterului

- starea colului
- configurația bazinului
- configurația părților moi ale filierei pelvi-genitale

Dacă apare o neconcordanță între dimensiunile uterului și perioada de amenoree, se recurge la examen ecografic pelvin și la examen de confirmare a vârstei sarcinii de către medicul de specialitate (poate fi vorba de: sarcină intrauterină oprită în evoluție, sarcină multiplă, sarcină molară, sarcină asociată cu fibrom uterin, chist ovarian).

d) Analiza și investigații obligatorii

Hemoglobina (Hb) și hematocritul (Ht); dacă Hb este sub 11 g/100 ml și/sau Ht < 33%, gravida are anemie.

Grupa sanguină și Rh-ul gravidei (în caz de grupă sanguină o(I) și/sau Rh negativ, se investighează obligatoriu Grupa sanguină și Rh-ul partenerului gravidei; în caz de gravidă Rh negativ cu soț Rh pozitiv, deci cu incompatibilitate în sistem Rh, se recoltează sânge de la gravidă pentru dozarea de anticorpi. Același lucru se face la gravida cu grupă sanguină 0(I) cu soț de grupă A(II), B(III) sau AB(IV).

RBW (VDRL; THPA)

Test HIV, cu acceptul pacientei care a fost bine informată

Examenul sumar de urină: dacă sedimentul este încărcat cu leucocite sau există un sindrom urinar clinic manifest, se va recolta urocultura cu antibiogramă.

Glicemia

Examenul bacteriologic al secreției vaginale; semnificație particulară în sarcină au infecțiile vaginale cu: Candida, Trichomonas, Gonococ, Streptococ B. Este necesar tratament și se repeta examenul ori de câte ori apare leucoree abundentă și simptomatologie subiectivă locală (prurit, arsuri, jenă).

Examenul citologic Babeș-Papanicolau, în sarcină, nivelul crescut de progesteron își pune amprenta asupra aspectului frotiurilor vaginale. Dacă frotiurile aparțin claselor C III – C V, atunci este obligatorie trimiterea gravidei la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie pentru investigații

Examen ecografic pelvin; în primul trimestru de sarcină, are rol pentru: diagnosticul sarcinii, stabilirea vârstei gestaționale, confirmarea vieții embrionului sau fătului, diagnosticarea sarcinii oprite în evoluție, a sarcinii multiple, a sarcinii molare, a sarcinii ectopice.

Teste care nu sunt obligatorii, dar pot fi recomandate:

Consult stomatologic

Depistarea unor germeni (Toxoplasma, Chlamydia, Mycoplasma, Cytomegalovirus, Rubeola)

Serologie pentru hepatită (Ag HBS, Ag HVC)

Evaluarea riscului de trisomie 21 (sindrom Down) – la gravide cu vârsta peste 35 ani sau cu antecedente sugestive – prin triplu test (AFP-alfafetoproteina, HCG-gonadotropina corionică umană, estriol) care se realizează între 14 și 20 săptămâni de amenoree sau prin amniocenteză.

Hiperglicemia provocată (la gravide cu antecedente familiale de diabet sau cu nașteri de feți macrosomi)

e) Ierarhizarea cazului

În baza examenului complet și a investigațiilor paraclinice, se ierarhizează cazul: gravidă cu sarcină fiziologică sau gravidă cu sarcină cu risc obstetrical, enumerând factorii de risc. Aceștia vor fi notați în ordinea importanței (vezi tabelul cu factorii de risc.) și se va calcula scorul de risc (folosind, de exemplu, scorul Coopland).

- **Gravida cu sarcină fiziologică și cu factori de risc minori** rămâne în evidența medicului de familie în primele două trimestre de sarcină (vezi Anexa 1)
- **Gravida cu factori de risc moderați, medicali sau obstetricali**, se îndrumă pentru luare în evidență și la medicul specialist obstetrician, după prima consultație prenatală (vezi Anexa 1); se menționează aceasta în carnetul gravidei și se trimite scrisoare medicală către medicul specialist obstetrician.
- **Gravida cu factori de risc majori, medicali sau obstetricali**, va fi îndrumată de la început pentru luare în evidență de către medicul de specialitate obstetrică și/sau internare în spital, după caz, conform anexei (vezi Anexa 1).
- Atunci când medicul de familie nu poate aprecia sau cuantifica factorii de risc, se impune îndrumarea gravidei către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie sau efectuarea de consulturi interdisciplinare (în funcție de caz) în scopul îndeplinirii acestui deziderat.

Primele recomandări făcute gravidei

- Sfaturi privind igiena sarcinii (vezi igiena sarcinii). Medicul sau asistenta trebuie să ofere gravidei, pe parcursul sarcinii, sfaturi privind următoarele subiecte:
 - alimentație
 - fumat, alcool, medicamente, droguri
 - prevenirea bolilor infecțioase
 - muncă, activitate casnică
 - plimbări, recreere, exerciții fizice, sport
 - odihnă și somn
 - călătorii
 - relații sexuale
 - igienă corporală
 - igienă vestimentară
 - semne de alarmă în sarcină
 - prevenirea avortului
 - prevenirea travaliului prematur
 - semnele travaliului
- Sfaturi în vederea alăptării copilului
- Expunerea gravidei la radiații

- Orice examinare radiologică este contraindicată în timpul sarcinii. Medicul radiolog are obligația să întrebe femeile. Căroră urmează a le efectua explorări radiologice, asupra statusului de graviditate.
- În cazurile cu indicație medicală, se poate practica examinarea radiologică respectând măsurile suplimentare de protecție specială stabilite de medicul radiolog
- În cazul expunerii accidentale la radiații a gravidei în primul trimestru de sarcină, se recomandă întreruperea terapeutică a sarcinii după consilierea gravidei asupra riscului teratogen al radiațiilor
- În cazul expunerii accidentale la radiații a gravidei în trimestrul II de sarcină, se recomandă consilierea gravidei asupra riscului teratogen al radiațiilor și îndrumarea gravidei către Centrele unde se efectuează investigații necesare depistării precoce a malformațiilor.
- Consiliere de sarcină, inclusiv pentru testarea HIV, cu acceptul pacientei care a fost bine informată și consiliată (cf. Ordinului MSF 889).
- Îndrumare (la nevoie) pentru efectuarea consilierii sociale
- Fixarea datei viitoarei consultații cu confirmarea luării la cunoștință de către gravidă prin semnătura în "**Anexa pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei**" și menționarea datei următoarei vizite în "**Carnetul gravidei**".

Toate informațiile obținute vor fi notate în "**Anexa pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei**", în "**Carnetul gravidei**" și în "**Registrul de evidență a gravidelor**", documentația medicală având o importanță deosebită.

A2 CONSULTAȚIA PRENATALĂ ÎN TRIMESTRUL AL II-LEA AL SARCINII (SĂPTĂMÂNILE 13 – 28 DE SARCINĂ)

Ritmul consultațiilor:

- 3 consultații (1 consultație la 4 săptămâni, în cazul sarcinilor cu evoluție fiziologică)
- Consultații mai dese la nevoie

Obiective:

- a) Depistarea factorilor de risc noi, cu o nouă ierarhizare a cazului, la nevoie
- b) Depistarea precoce a instalării marilor sindroame obstetricale (ex.: sindromul hipertensiv, hemoragic)
- c) Depistarea precoce a malformațiilor fetale
- d) Prevenirea anemiei
- e) Combaterea întreruperii intempestive a cursului sarcinii.

Conținut:

- a) **Anamneză**
- b) **Examen general pe aparate și sisteme**
- c) **Examen obstetrical**

- d) **Examen genital**
- e) **Analize și investigații ce necesită repetare**
- f) **Recomandări**

- **Anamneza** – despre:
 - Starea generală
 - Evoluția sarcinii în intervalul scurs de la ultima vizită medicală
 - Acomodarea femeii la noile condiții (starea de gestație)
 - Respectarea recomandărilor de igienă stabilite
 - Eventuale acuze – dureri abdominale, leucoree, pierderi de sânge, astenie, dispnee de efort, edeme, tulburări micționale – care pot fi expresia unei patologii ce necesită investigații și tratament.

- **Examenul general pe aparate și sisteme urmărește:**
 - Evaluarea adaptării aparatelor și sistemelor la starea de gestație
 - Greutatea gravidei
În urmărirea curbei ponderale, se vor avea în vedere următoarele:
 - Se consideră normală o creștere în greutate de aproximativ 1 kg/lună până la 28 săptămâni de amenoree, apoi de aproximativ 500g/săptămână până la termen, ceea ce reprezintă 12 – 12,5 kg în 40 săptămâni de sarcină; creșterea în greutate este progresivă, uniformă
 - Creșterea bruscă în greutate, creșterea accentuată (peste 15 – 20 kg), creșterea redusă (sub 8 kg) sunt considerate patologice și reprezintă factori de risc.

 - Pulsul
 - Tensiunea arterială (TA)
 - în trimestrul al II-lea de sarcină, TA diastolică este stabilită sau ușor scăzută
 - orice valoare a TA peste 140/90 mmHg este anormală și reprezintă factori de risc
 - aspectul tegumentelor extremităților, aspectul membrelor inferioare
 - varie, edeme

- **Examenul obstetrical**
 - examenul sânilor
 - se măsoară înălțimea fundului uterin (ÎFU) și circumferința abdominală (vezi examenul obstetrical)
 - se apreciază tonusul uterin
 - se notează data apariției primelor mișcări fetale și, cu ocazia fiecărei vizite medicale, se consemnează prezența sau absența mișcărilor active fetale (MAF)
 - se notează frecvența și calitatea bătăilor cordului fetal – BCF – care pot fi depistate clinic, din săptămânile 18-20 de amenoree, prin auscultație cu stetoscopul obstetrical (frecvența normală: 120 – 160 /min; parametrii calitativi: intensitatea, ritmicitatea, focarul de auscultație).

d) Examenul genital (inspecția regiunii vulvo-perineale, examen cu valve și tact vaginal) va fi efectuat de medicul de familie sau medicul de specialitate obstetrică-ginecologie în urma recomandării medicului de familie. Se execută doar în cazurile în care femeia gravidă prezintă semne ce impun acest examen:

- leucoree
- contracții uterine dureroase: se va preciza starea colului uterin (închis, scurtat, deschis)
- metroragie (Atenție! Poate fi vorba de placentă jos inserată)

Medicii de familie nu vor efectua TV unei gravide cu metroragii!

- pierderi de lichid amniotic

e) Analize ce necesită repetare (la nevoie):

- hemoglobină, hematocrit
- examen bacteriologic al secreției vaginale
- examen sumar de urină
- glicemie
- titrul de anticorpi în incompatibilități sanguine

f) Examen ecografic obstetrical – obligatoriu:

- pentru morfologie fetală în săptămânile 22 – 26 de amenoree
- pentru depistarea precoce a inserției joase a placentei
- pentru depistarea precoce a întârzierilor de creștere intrauterină a fătului

g) Ierarhizarea cazului (a se vedea prima consultație prenatală)

h) Recomandări

- se completează educația pentru sănătate privind alimentația, evitarea eforturilor mari, a frigului, a călătoriilor prelungite etc. (vezi igiena sarcinii).
- se începe psiho-profilaxia în vederea nașterii implicând în discuție ambii parteneri.
- se începe prevenirea anemiei de către medicul de familie: tratament marțial, de obicei asociat cu acid folic, din luna a III-a de sarcină, cel mai târziu din săptămâna a 24-a de amenoree. Doza profilactică este de 30-60 mg Fe elemental zilnic și se menține pe toată durata sarcinii, continuându-se și pe perioada lactației. Dacă valoarea hemoglobinei (Hb) este sub 11g/dl, se instituie tratament curativ al anemiei cu preparate de fier în doză de 60-100 mg fier/zi, în funcție de gradul anemiei, asociate cu acid folic 5 mg/zi și vitamina C pentru favorizarea absorbției. Tratamentul curativ se va menține până la normalizarea valorii hemoglobinemiei continuându-se cu schema profilactică pe perioada sarcinii și a lactației.
- În anemiile megaloblastice prin deficiență de acid folic (întâlnite la multipare, sarcini multiple cu interval intergenezic scurt, sarcini gemelare, teren cu infecții urinare repetate cu Escherichia Coli, gravide cu status socio-economic

precar și alimentație carențială etc.) se administrează doze crescute de acid folic pe toată perioada sarcinii.

- se reevaluează riscul obstetrical în funcție de noile informații obținute în urma investigațiilor clinice, paraclinice din cadrul fiecărei consultații
- fixarea datei viitoarei consultații cu confirmarea luării la cunoștință de către gravidă prin semnătură în "**Anexa pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei**", menționarea datei următoarei vizite în "**Carnetul gravidei**".

Toate informațiile obținute cu ocazia fiecărei consultații vor fi notate în "**Anexa pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei**", în "**Carnetul gravidei**" și în "**Registrul de evidență a gravidelor**".

A3 CONSULTAȚIA PRENATALĂ ÎN TRIMESTRUL AL III-LEA AL SARCINII (DIN SĂPTĂMÂNA a 29-a)

Se acordă, de către medicul de familie și de cel de specialitate obstetrică-ginecologie, gravidelor cu sarcină fiziologică și gravidelor cu risc obstetrical crescut, îndrumate de medicul de familie, cu consulturile interdisciplinare necesare efectuate.

ÎN TRIMESTRUL AL III-LEA DE SARCINĂ, GRAVIDA VA FI ÎNDRUMATĂ ȘI CĂTRE MEDICUL DE SPECIALITATE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE PENTRU SUPRAVEGHEREA ÎN CONTINUARE A SARCINII, ÎN COLABORARE CU MEDICUL DE FAMILIE ȘI MEDICII SPECIALIȘTI.

Frecvența: 4-5 consultații (o consultație la 203 săptămâni în sarcinile cu evoluție fiziologică) sau mai frecvent (la 1-2 săptămâni) în cazul sarcinilor cu risc obstetrical crescut).

Obiective

- a) evitarea patologiei de sarcină
- b) stabilirea prognosticului nașterii, în raport cu paritatea, prezentația, starea bazinului, a fătului, patologia supraadăugată: generală, hemoragică, infecțioasă, toxemică etc. (medic specialist obstetrician);
- c) stabilirea datei concediului prenatal;
- d) stabilirea datei probabile a nașterii și a datei internării în raport cu această dată și cu riscul supraadăugat;
- e) pregătirea fizică și psihică pentru naștere;
- f) la nevoie:
 - consult cu medicul anestezist
 - consult cu medicul neonatolog
 - consiliere socială

- g) stabilirea maternității în care se indică a avea loc nașterea (în conformitate cu riscul obstetrical) și comunicarea acesteia în scris gravidei;

În unitățile de nivel 0 se asistă doar nașterea fiziologică sau urgențele obstetricale și numai atunci când gravida e nedeplasabilă din motive medicale sau legate de condițiile meteorologice.

În unitățile de nivel I nu se pot interna pentru asistența nașterii următoarele cazuri care sunt considerate ca fiind cu risc obstetrical crescut:

- incompetență cervicală
- prematuritate habituală sub 34 săptămâni de amenoree
- incompatibilitate în sistem Rh și ABP cu titru de anticorpi peste 1/32
- anemie moderată (hemoglobină de 9 – 10 g/dl)
- obezitate și exces ponderal
- placentă praevia
- preeclampsie stadiu I și II
- uter cicatriceal
- modificări ale bazinului obstetrical
- prezentații distocice ale mobilului fetal
- sarcină după tratamentul sterilității
- sarcina multiplă cu vârstă peste 34 săptămâni de amenoree
- marile multipare (peste 5 nașteri)
- patologie asociată sarcinii în stadiu compensat (gravide cu cardiopatie, diabet, boli cronice asociate).

Excepție de la cazurile enumerate mai sus fac urgențele sau cazurile în care gravida e nedeplasabilă din motive medicale sau legate de condițiile meteorologice.

Conținut:

- a) **Anamneză**
- b) **Examen general pe aparate și sisteme**
- c) **Examen obstetrical complet**
- d) **Analize și investigații de rutină ce necesită repetare**
- e) **Activități**
- f) **Recomandări**

a) Anamneza despre:

- starea generală
- evoluția sarcinii în intervalul scurs de la ultima vizită medicală
- respectarea recomandărilor de igienă stabilite
- se notează, cu ocazia fiecărei vizite medicale, prezența, absența și calitatea MAF (mișcări vii, mișcări lente sau absente)

- eventuale acuze (dureri abdominale, leucoree, pierderi de sânge, astenie, dispnee de efort, edeme, tulburări micționale) care pot fi expresia unei patologii ce necesită investigații și tratament.

b) Examenul general pe aparate și sisteme urmărește o serie de aspecte de importanță mare.

- Prevenirea și depistarea precoce a patologiei gestaționale (sindromul infecțios, anemic, hemoragic, edematos, hipertensiv etc.)
- Se cântărește gravida la fiecare consultație, în trimestrul III se consideră normală o creștere în greutate uniformă de aproximativ 500 g/săptămână
- Se măsoară pulsul la fiecare consultație
- Se măsoară tensiunea arterială (TA) la fiecare consultație.
 - Atenție! Orice valoare a TA = 140/90 mm HG este anormală și reprezintă factor de risc
 - Între 28 și 32 săptămâni de amenoree, pentru depistarea gravidelor cu risc de a face hipertensiune arterială indusă de sarcină, se practică „**Roll-Over testul**” – **testul postural**: inițial gravida se află în poziția decubit lateral stâng și se măsoară TA din 5 în 5 minute, cel puțin 15 minute, până când TA se stabilizează. Apoi gravida trece în poziția decubit dorsal și se măsoară TA la 1 minut și la 5 minute. Dacă TA diastolică a crescut cu 20 mmHg, testul este anormal, deci pozitiv, gravida având riscul de a dezvolta preeclampsie în ultimul trimestru de sarcină.
- Aspectul tegumentelor extremităților, aspectul membrelor inferioare (varice, edeme). Se notează prezența/absența edemelor și varicelor.

c) Examenul obstetrical complet:

- Se urmărește, în dinamică, creșterea înălțimii fundului uterin și a circumferinței abdominale;
- Se consemnează calitatea și frecvența bătăilor cordului fetal – B.C.F. – (normal: 120-160/minut);
- Se stabilește prezența și raportul ei față de strâmtoarea superioară;
- Se apreciază mărimea fătului și cantitatea de lichid amniotic;
- Se execută pelvimetria internă (de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie)
- Se însumează toate datele obținute, urmărindu-se factorii de risc crescut și se calculează riscul de naștere prematură.

d) Analize și investigații de rutină ce necesită repetare:

- R.B.W. (V.D.R.L., T.P.H.A.) la 29-32 săptămâni de amenoree;
- examenul sumar de urină;
- urocultură
- determinarea hemoglobinei și a hematocritului pentru stabilirea gradului de anemie și corectarea ei înainte de naștere

- examenul bacteriologic al secreției vaginale pentru tratamentul antepartum al infecțiilor vaginale și prevenirea astfel a infecțiilor materno-fetale
- examen ecografic obstetrical (la recomandarea medicului de specialitate obstetrică-ginecologie) pentru aprecierea ecografică a:
 - greutateii fetale la naștere
 - restricției de creștere intrauterină
 - suferinței fetale
 - gradului de maturare a placentei și a cantității de lichid amniotic

e) Activități

- medicul de familie va face profilaxia rahitismului copilului cu vitamina D₂ (D.C.I. – Ergocalciferol)/D₃ (D.C.I. = Colecalciferol) în al treilea trimestru de sarcină. Doza de Vitamina D₂ /D₃: 400-500 u.i. zilnic, per os, în anotimpul însorit și 1000 u.i./zi în situații speciale (iarna, alimentație carențială, zone poluate). În cazul în care nu se poate conta pe administrarea zilnică, se va recomanda o doză săptămânală de 4000 – 5000 u.i. Vitamina D₂, în condiții speciale, care nu permit nici una din variantele de mai sus, se va recurge la administrarea unui stoss de 200.000 u.i. vitamina D per os într-una din săptămânile 32 – 36 de amenoree.
- se continuă terapia marțială, în funcție de rezultatul dozării hemoglobinei, al examenului general și de starea de nutriție a gravidei.
- se vaccinează antitetanic după următoarea schemă:
 - gravidele nevaccinate, incomplet vaccinate sau cu antecedente vaccinale imposibil de reconstituit se vaccinează, la prima sarcină, cu două doze de vaccin tetanic absorbit (VTA) sau bivaccin diftero-tetanic tip adult (DT) 0,5 ml, administrat intramuscular, în regiunea deltoidiană, în săptămâna 34 și 38 de amenoree; această primovaccinare se continuă cu revaccinarea I-a, cu 0,5 ml VTA, sau (preferabil) DT, administrată la 6-12 luni de la a doua doză a primovaccinării și cu revaccinarea a II-a cu o doză identică, la 5 ani de la revaccinarea I-a;
 - gravidele primipare vaccinate sau primovaccinate și revaccinate se revaccinează cu o doză de VTA, sau, preferabil, DT, 0,5 ml, intradeltoidian, la 34 săptămâni de amenoree;
 - secundiparele și multiparele se vaccinează antitetanic numai dacă au trecut mai mult de 10 ani de la ultima revaccinare primită;
- se continuă pregătirea pentru naștere, educația privind igiena sarcinii, pregătirea pentru alăptare. Se va colabora cu diferiți specialiști pentru reevaluarea riscului obstetrical
- se acordă concediul prenatal.

Din conținutul consultației prenatale în Trimestrul III, medicul de familie are competența să execute toate prevederile cu excepția ultimelor 4 puncte ale examenului obstetrical complet.

Medicul de specialitate obstetrică-ginecologie are toate competențele, mai puțin profilaxia rahitismului și vaccinarea gravidei.

A.4 GRAVIDE CU RISC OBSTETRICAL (FACTORI DE RISC)

1) Circumstanțe psiho-sociale

- 1.1. Sarcina nedorită
- 1.2. Familii dezorganizate
- 1.3. Femeia necăsătorită
- 1.4. Domiciliul în zone greu accesibile
- 1.5. Nivel socio-economic scăzut (venit redus, alimentație insuficientă, igienă deficitară)

2) Factori generali

- 2.1 Vârsta sub 18 ani sau peste 35 de ani (în special la primipare)
- 2.2 Marile multipare (4-5 nașteri)
- 2.3 Marile multigeste (avorturi spontane sau terapeutice)
- 2.4 Înălțimea sub 1,55 m
- 2.5 Greutatea sub 45 kg
- 2.6 Volum cardiac redus
- 2.7 Boli autoimune

1. Patologie ginecologico-obstetricală anterioară

- 3.1 Infantilism genital
- 3.2 Uter cicatricial
- 3.3 Malformații uterine
- 3.4 Tumori utero-ovariene
- 3.5 Operații plastice pe sfera genitală (tulburări de statică, fistule, malformații)
- 3.6 Sarcină după tratament pentru sterilitate
- 3.7 Avorturi spontane repetate
- 3.8 Avorturi complicate grave
- 3.9 Nașteri premature
- 3.10 Sarcini patologice (hemoragii, infecție, HTA de sarcină)
- 3.11 Nașteri cu complicații:
 - 3.11.1 Distocii mecanice
 - 3.11.2 Distocii de dinamică sau dilatație
 - 3.11.3 Distocii prin exces de volum fetal
 - 3.11.4 Hemoragii în perioadele III-IV
 - 3.11.5 Intervenții obstetricale
- 3.12 Patologia generației progene
 - 3.12.1 Născuți morți (ante- și/sau intrapartum)
 - 3.12.2 Decedați în perioada neonatală precoce
 - 3.12.3 Macrosomie
 - 3.12.4 Hipotrofie

- 3.12.5 Malformații
- 3.12.6 Copii cu nevoi speciale

1. Patologie obstetricală actuală

- 4.1 Distocie osoasă
- 4.2 Distocie cu prezentație (transversală, frontală, facială, bregmatică)
- 4.3 Hipertensiune arterială indusă de sarcină
- 4.4 Sângerări în primele două trimestre de sarcină
- 4.5 Sângerare în ultimul trimestru de sarcină (placenta praevia, decolarea prematură de placentă normal inserată și/sau apoplexia utero-placentară)
- 4.6 Creșterea anormală de volum a uterului (hidramnios, sarcină gemelară sau multiplă)
- 4.7 Uter contractil (amenințare de naștere prematură)
- 4.8 Incontință cervico-istmică
- 4.9 Incompatibilitate de grup sanguin și/sau Rh
- 4.10 Suferință fetală cronică
- 4.11 Moartea intrauterină a produsului de concepție
- 4.12 Patologie de travaliu
 - 4.12.1 Membrane rupte prematur (precoce)
 - 4.12.2 Distocie de dinamică și/sau dilatație
 - 4.12.3 Prolabare sau procidentă de cordon
 - 4.12.4 Suferință fetală acută
 - 4.12.5 Neîncadrarea travaliului în parametrii optimi

5) Boli preexistente și/sau asociate ale sarcinii

- 5.1 Boala hipertensivă
- 5.2 Patologie cardiacă
- 5.3 Patologie hematologică
- 5.4 Patologia aparatului respirator
- 5.5 Patologia aparatului digestiv
- 5.6 Patologie renală
- 5.7 Patologie endocrino-metabolică
- 5.8 Patologie hepatică
- 5.9 Patologie neuropsihică
- 5.10 Patologia sistemului osteo-articular
- 5.11 Patologie dermatologică
- 5.12 Patologie O.R.L.
- 5.13 Alergii și intoleranțe
- 5.14 Boli cu transmitere sexuală
- 5.15 Boli infecto-contagioase
- 5.16 Intoxicații cronice (Pb, Hg, alcool, tutun, medicamente, stupefiante, alte droguri)
- 5.17 Patologie oftalmologică

SCORUL COOPLAND PENTRU SARCINA CU RISC

| Antecedente obstetricale | | Condiții medicale sau chirurgicale asociate | | Patologia sarcinii prezente | |
|--|------------------|---|--|---------------------------------------|--|
| Vârsta | ≤16 1 | Operații ginecologice 1 | | Sângerare < 20 săpt..... 1 | |
| | 16-35..... 0 | Boli renale cronice 1 | | ≥ 20 săpt. 3 | |
| | ≥35..... 2 | Diabet gestațional 1 | | Anemie (<10g%) 1 | |
| Paritate | 0 1 | Clasa A 1 | | Postmaturitate 1 | |
| | 1-4 0 | Clasa B sau mai mare ... 3 | | Hipertensiune 2 | |
| | >5 2 | | | Ruptură prematură de membrane 2 | |
| Două sau mai multe avorturi sau tratament pentru sterilitate | 1 | Boli cardiace 3 | | Polihidramnios 2 | |
| Sângerare postpartum sau extracție manuală de placentă | 1 | Alte boli medicale semnificative – de la 1 la 3 (după severitate) | | Hipotrofie fetală 3 | |
| Copil | > 4000 g 1 | | | Sarcină multiplă 3 | |
| | < 2500 g 1 | | | Pelviană sau prezență distocică ... 3 | |
| Toxemie sau hipertensiune | 2 | | | Izoimunizare RH 3 | |
| Operație cezariană | 2 | | | | |
| Travaliu anormal sau dificil | 2 | | | | |
| Total | | | | | |
| Scor total | | | | | |
| Risc mic 0 -2 | | Risc crescut 3 – 6 | | Risc sever 7 sau mai mult | |

DISPENSARIZAREA GRAVIDELOR ÎN FUNCȚIE DE RISCUL OBSTETRICAL

Gravide fără risc sau cu risc minim

- **Supraveghere – medic de familie** – până în luna a VII-a de sarcină, apoi în colaborare cu medicul specialist în obstetrică-ginecologie
 - Evoluție fiziologică a sarcinii
 - Gravide peste 18 ani
 - Nivel socio-economic scăzut
 - Familii dezorganizate, femeie necăsătorită, stress la serviciu, muncă oboșitoare etc.
 - Domiciliu în zone izolate
 - Disgravidie de prim trimestru (exclus formele severe)
 - Anemie gr. I (depistată pentru prima dată) (Hemoglobina > 10g/dl și <11 g/dl)
 - Incompatibilități de grup fără titru de anticorpi
 - Amenințare de avort cu răspuns favorabil la tratament
 - Gravidă cu până la 3 copii născuți în antecedente
 - Gravidă cu până la 2 avorturi spontane de prim trimestru în antecedente
 - Patologie generală preexistentă și asociată sarcinii (după consultarea specialistului de profil)
 - Hipertensiune arterială (HTA) grad I
 - Afecțiuni pulmonare nespecifice fără insuficiență respiratorie
 - Afecțiuni gastro-intestinale
 - Afecțiuni inflamatorii ale rinichilor și căilor urinare – depistate pentru prima dată, fără dereglarea funcției renale

Gravide cu risc moderat

- **Supraveghere – medic de specialitate obstetrică – ginecologie**, în colaborare cu medicul de familie și diferiți specialiști, din primul trimestru de sarcină
 - Anamneză obstetricală complicată:
 - macrosomie
 - retard de creștere intrauterină
 - avort spontan tardiv
 - avorturi habituale
 - prematuritate habituală
 - incompetență cervico-istmică
 - infertilitate tratată
 - uter cicatricial
 - mari multipare

- complicații la nașterile anterioare
- Amenințare de avort fără răspuns la tratamentul efectuat de medicul de familie
- Incompatibilitate Rh fără titru de anticorpi
- Gravidă cu nanism sau deformări ale scheletului
- Sarcină multiplă
- Anomalii de poziție ale fătului (pelviană, transversală) după 32 de săptămâni de sarcină
- Placenta praevia fără sângerare – până la 36 săptămâni de sarcină
- Anemie gradul II (hemoglobina 8 – 10 g/dl)
- HTA gradul II
- Primipare în vârstă de peste 35 de ani – după consult cu un genetician
- Antecedente de deces fetal ante/neonatal sau de făt malformat – după consult cu un genetician
- Boală genetică în familie – după consult cu un genetician
- Infecții urogenitale specifice:
 - Mycoplasme
 - Chlamydia
 - Herpes, Papiloma virus
 - Cytomegalovirus
- Obezitate / exces ponderal peste 20%
- Abuz de alcool, fumat
- Boli cardiace fără decompensare
- Afecțiuni respiratorii fără insuficiență respiratorie (pneumonie, astm bronșic, bronșite cronice, bronșiectazii)
- Afecțiuni hepatice în stadii compensate
- Afecțiuni ale rinichilor și căilor urinare (litiaze, glomerulonefrite, pielonefrite cronice)
- HTA indusă/agravată de sarcină cu evoluție medie, în cazul răspunsului favorabil la tratament
- Câștig ponderal sub 4,5 kg la 30 săptămâni de sarcină
- Neclaritate a vârstei sarcinii
- Sarcină obținută după tratament – stimulare ovariană, fertilizare in vitro
- Patologie ginecologică
 - Fibrom uterin
 - Malformații genitale etc.

Gravide cu risc înalt

- Supraveghere în spital, de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie, din momentul depistării riscului, pentru diagnostic și tratament
 - Teste serologice pozitive (Toxoplasma, Rubeolă, VDRL, HIV)
 1. Pentru gravidele infectate până la 28 de săptămâni de amenoree se pune problema întreruperii terapeutice a cursului sarcinii

2. Gravidele infectate după 28 de săptămâni de amenoree vor rămâne în evidența secțiilor de boli infecțioase și vor fi admise în maternitate pentru naștere. Cazurile de lues se trimit la spitalele de boli infecțioase unde pot fi tratate 48 ore apoi externate. Cazurile de lues depistate la naștere se rezolvă în centrele de nivel III (acest lucru trebuind a fi comunicat de către D.S.P.)
 - Disgravidii de prim trimestru – forme severe
 - Sângerări pe cale vaginală
 - HTA indusă/agravată de sarcină
 1. Forme severe
 2. Forme medii care nu au răspuns în 5-7 zile la tratamentul efectuat de medicul specialist obstetrician
 - Izoimunizare materno-fetală
 - Anemie gravă (hemoglobina ≤ 8 g/dl)
 - Anomalii de dezvoltare a fătului
 - Anomalii ale cantității de lichid amniotic (oligo/hidramnios)
 - Retard de creștere intrauterină a fătului (sub 10 percentile)
 - Afecțiuni generale decompensate sau care nu au răspuns la tratamentul efectuat
 - După intervenții chirurgicale pe cord, vase, plămâni, rinichi, operații plastice în sfera genitală (tulburări de statică, fistule, malformații)
 - Diabet zaharat – indiferent de formă
 - Boli endocrine cu manifestări clinice
 - Consum de droguri

A.5 IGIENA SARCINII

Cuprinde totalitatea măsurilor igienico-dietetice care concură la asigurarea evoluției normale a sarcinii, cuprinzând probleme legate de alimentație și măsuri de igienă generală.

Alimentația gravidei în cursul sarcinii

În contextul modificărilor homeostaziei organismului femeii gravide în timpul gestației, necesitățile impuse de prezența produsului de concepție, de adaptarea diferitelor aparate, sisteme și metabolisme la starea de gestație și – special – de modificarea intensă și rapidă a aparatului enital cu apariția compartimentului feto-placentar, impun o dietă adecvată. Oglinda cea mai fidelă a acestui aspect este reprezentată de creșterea în greutate care s-a dovedit a fi optimă între 10 și 12 kg în cele 40 de săptămâni ale sarcinii (greutate corelată cu datele antropometrice). Acest spor ponderal este repartizat în timpul gestației, fiind minim în primul trimestru (aproximativ 1 kg), de 4-5 kg în trimestrul al II-lea, ajungând la 5 – 6 kg în cel de al III-lea trimestru (0,4-0,5 kg săptămânal). Creșteri în greutate sub sau peste aceste valori s-au dovedit a avea un răsunet nefavorabil, atât asupra organismului matern, cât și asupra produsului de concepție (suferință fetală cronică, dismaturitate etc.).

În realizarea acestui spor ponderal optim în gestație, un rol important revine consultației prenatale și stabilirii unui regim alimentar specific gestației:

1. Aportul caloric este de aproximativ 300 cal suplimentare zilnic, asigurându-se consumul caloric de aproximativ 2.400 cal/zi. În cazul femeilor gravide care depun o muncă fizică foarte intensă, sporul caloric trebuie să permită un aport caloric zilnic de 2.600 – 2.800 cal.

Repartizarea aportului caloric se face astfel:

- Proteine – 320 – 360 cal (80-100 g/zi)
- Glucide – 1400-1500 cal (350-375 g/zi)
- Lipide – 450-540 cal (50-60 g/zi).

Total: 2.170 – 2.400 cal/zi

Recomandările de regim alimentar pentru satisfacerea aportului caloric nu trebuie făcute mecanic, ci în funcție de vârsta femeii gravide, ocupația sa, modul de viață, dar mai ales în funcție de greutatea dinaintea sarcinii (aport caloric mai mare la cele subponderale, diminuat la cele supraponderale).

2. Proteinele – cu o creștere de aproximativ 3g/zi, ajungând de la 1g proteină/kgcorp/zi la 1,5 g/kgcorp/zi. Marea majoritate a acestor proteine (70-80%) trebuie să fie de origine animală – carne, lapte, brânză, ouă – și numai o parte din proteine de origine vegetală, întrucât cele animale au un aport optim de amino-acizi esențiali; dintre aceste produse, un rol fundamental în alimentația femeii gravide îl au laptele și derivatele sale, atât pentru aportul de proteine, cât și pentru cel de calciu (în alimentația gravidei se recomandă minimum 1 litru lapte pe zi); în cazul în care are tulburări digestive de tip colitic, se recomandă produse din lapte mai ușor tolerate – iaurt, lapte bătut, brânză, smântână etc.
3. Glucidele – 5-6 g/kgcorp/zi, cu recomandarea ca minimum jumătate să provină din fructe și legume, favorizându-se astfel și aportul concomitent de vitamine și oligoelemente.
4. Lipidele – 1 g/kgcorp/zi, în general în proporție de 50% de origine animală și 50% de origine vegetală.
5. Mineralele
 - Sodiul – Starea de gestație poate fi considerată ca inducând o pierdere cronică de Na, astfel încât restricția acestuia în regimul alimentar este nu numai justificată, ci chiar periculoasă.
 - Fierul – Sarcina și lactația impun femeii un consum suplimentar zilnic de aproximativ 800-1000 mg Fe, necesare fătului, placentei și modificărilor sistemice impuse de starea de gestație. De obicei, aportul alimentar, chiar în condițiile unei absorbții intestinale normale, precum și mobilizare Fe de rezervă sunt de cele mai multe ori insuficiente, astfel încât pentru evitarea apariției anemiei hipocrome este necesară administrarea profilactică, începând din a doua jumătate a sarcinii, a 30-60 mg Fe/zi (sub formă elementală).
În cazul când se instalează anemia hipocromă, doza zilnică de Fe ajunge la 120-180 mg/zi, minimum 60-100 mg.

În general, se recomandă ca profilaxia cu preparate de Fe să se asocieze cu administrarea de rutină a acidului folic, ținând cont de necesitățile sporite de foliați în timpul gestației (până la 1 mg per os/zi).

- *Calciul* – Ca și pentru Fe, necesitățile de Ca în gestație sunt sporite, fiind necesare zilnic 1.000-1.200 mg Ca. În general, nu suntem partizanii profilaxiei cu preparate de Ca, necesarul acoperindu-se cu ușurință prin consumul de lapte și/sau preparate din lapte (1 litru lapte de vacă conține doza de Ca necesară); în cazurile de deficiență marcate, cu semne de spasmodic și intoleranță digestivă la produsele lactate (rareori intoleranța interesează toate produsele din lapte), se poate administra Ca asociat cu vitamina D în trimestrul al III-lea al sarcinii.

6. Vitaminele. Considerăm că o dietă echilibrată și completă asigură necesarul de vitamine pentru femeile gravide. Cu excepția profilaxiei anemiei cu fier și acid folic și a administrării de vitamina D, alte preparate medicamentoase nu sunt utile. Vitaminele sunt procurate din aport alimentar; administrarea lor devine necesară numai în cazurile de deficiențe evidente clinic sau paraclinic.

În general, în cazul unei sarcini normale, considerăm că alimentația trebuie să respecte următoarele principii:

- gravida să mănânce ce dorește în contintăți convenabile;
- alimentele să fie sărate după gust, fără excese; să se folosească sarea iodată;
- să se evite alimentele conservate prin sare;
- dieta să fie controlată prin urmărirea riguroasă a curbei ponderale;
- alimentele să fie într-un echilibru între produsele animale (carne, ouă, lapte și preparate din lapte) și cele vegetale (în special fructe și legume variate);
- din a doua jumătate a sarcinii să se administreze zilnic, profilactic, 30-60 mg Fe elemental și acid folic.

Dieta zilnică optimă pentru gravida normală trebuie să cuprindă:

| | |
|---------------------------------------|------------|
| - carne (vită, porc, pasăre, pește) | 100-160 g; |
| - lapte | 1.000 ml; |
| - preparate din lapte (brânză, iaurt) | 100-200 g; |
| - ouă | 80 g; |
| - legume (4-5 tipuri) | 400 g; |
| - fructe (2-3 tipuri) | 200-400 g. |

Igiena generală în cursul sarcinii

Modul de viață trebuie să fie asemănător celui dinaintea sarcinii, cel puțin până în ultimul trimestru. Se vor evita oboseala, eforturile prelungite și călătoriile cu avionul în trimestrul al III-lea de sarcină.

Munca: dacă presupune o solicitare fizică ușoară sau medie, se va continua până la intrarea în concediul prenatal, în caz de muncă grea, se recomandă schimbarea locului de muncă.

Activitatea sportivă: sunt permise sporturile care nu solicită excesiv capacitatea fizică, de obicei până în luna a VI-a (excursiile, joggingul, jocuri ușoare cu mingea, tenisul, înotul). Activitatea fizică se interzice în sarcinile cu risc crescut sau ori de câte ori apar complicații.

Gimnastica ocupă un loc aparte, fiind recomandate exercițiile fizice care să antreneze musculatura respiratorie și pe cea abdominală, făcând parte integrantă din pregătirea psihofizică profilactică pentru actul de naștere.

Activitatea sexuală se recomandă să decurgă normal în primele două trimestre, fiind mai redusă în ultimul trimestru și practic interzisă din săptămâna a 37-a de gestație. În cazul când apar modificări ale colului uterin (deschidere, scurtare), pentru a evita riscul nașterii premature și/sau a rupturii intempestive a membranelor amniocoroale, interzicerea activității sexuale se poate face mai precoce.

Igiena coporală și cea intimă: baia și dușul sunt recomandate în timpul sarcinii; se poate pune sub rezervă îmbăierea generală în ultimele două luni de gestație, când abdomenul mărit de volum poate duce la accidente, în această perioadă recomandându-se de obicei dușul.

Igiena intimă (irigația vaginală) se recomandă a se practica, dar cu unele precauții: introducerea canulei numai 2-3 cm dincolo de introiț, lichidul să nu fie introdus cu presiune etc. În cazul modificărilor de col, se poate merge până la interzicerea acestora.

Igiena vestimentară. Hainele trebuie să fie ușoare, comode și să nu strângă, în special regiunea abdomenului. Îmbrăcămintea trebuie să fie adaptată condițiilor de anotimp și de temperatură. Ținând cont de modificările de echilibru și ale centrului de greutate, cu solicitarea coloanei lombare prin accentuarea lordozei lombare, se recomandă încălțăminteă comodă, fără toc înalt.

Igiena bucală trebuie respectată, iar controalele și tratamentele stomatologice sunt recomandate, cunoscut fiind faptul că gestația favorizează apariția sau agravarea cariilor.

Fumatul, consumul băuturilor alcoolice și al drogurilor sunt strict contraindicate în cursul gestației din cauza complicațiilor în evoluția sarcinii, dar mai ales prin răsunetul nefavorabil asupra produsului de concepție.

Studii efectuate pe loturi mari, cu valabilitate statistică, dovedesc că procentul de dismaturitate la fumătoare este de 2 – 4 ori mai mare decât la nefumătoare. Două – trei țigări/zi sunt la fel de dăunătoare ca și fumatul mai intens; în general, fumătoarele nasc copii mai mici cu 200 – 300 g, cu toate inconvenientele ce decurg din aceasta.

Consumul de alcool determină subdezvoltare, maformații, întârzieri de dezvoltare psihosomatică postnatală, până la sindromul de encefalopatie alcoolică a fătului.

Îngrijirea sânilor și a abdomenului: trebuie acordată o atenție deosebită îngrijirii sânilor și mameloanelor, mai ales la primipare și la femeile cu mameloame mici și/sau

invaginate. Masajul zilnic, tracțiunea ușoară a mameloanelor, cremele emoliente pot fi utile pentru pregătirea alăptării.

În ceea ce privește mușchii abdominali, gimnastica și masajul ușor (în primele 4 – 5 luni) sunt utile. Menționăm că folosirea diverselor creme și a substanțelor grăsoase nu evită apariția vergeturilor.

Tratamentul simptomelor minore ale gestației: deși sarcina este o stare fiziologică, totuși modificările impuse de ea organismului matern pot determina o serie de semne și simptome minore, uneori însă jenante, care apar în diferite perioade ale gestației, unele la începutul ei, altele la sfârșit. Menționăm că pentru toate aceste semne și simptome, o consultație prenatală corectă, respectarea regulilor de igienă și unele măsuri medicale generale duc la dispariția sau cel puțin la ameliorarea lor.

Grețurile și vărsăturile, foarte comune, în special în primul trimestru, sunt simptome dominante ale sindromului neurovegetativ de instalare a gestației. Formele ușoare sau moderate (cele severe încadrându-se în disgravidia de prim trimestru) cedează de obicei spontan în luna a III - IV-a de sarcină. Viața în aer liber, respectarea igienei alimentare, evitarea alimentelor "dificil de digerat" și a mirosurilor violente, mesele mici și dese, fără să determine sațietatea, alcătuite mai ales din fructe și sucuri de fructe, legume, sunt deseori suficiente.

Ptialismul: în cazurile jenante, se recomandă extract de Belladonă 8 – 15 mg p.o., de 2 – 4 ori/zi.

Pirozicul, datorat de obicei reducerii peristaltismului tubului digestiv, cu reflux de suc gastric în esofag, apare de obicei în ultimele trimestre de gestație, favorizat de creșterea uterului și deplasarea stomacului. Se recomandă preparate antiacide.

Constipația, cu aceleași cauze, se combate printr-o alimentație mai bogată în vegetale cu reziduuri chitinoase (prune, pere, salată verde, varză crudă, morcovi etc.), laxative ușoare sau substanțe ce înmoaie scaunul (supozitoare cu glicerină 1 – 2/zi). Sunt contraindicate purgativele puternice (oleul de ricin, sulfatul de magneziu), putând provoca tulburări hidroelectrolitice sau chiar de avorturi sau nașteri premature.

Durerea lombară, din cauza suprasolicitării coloanei lombare prin schimbarea centrului de greutate determinată de mărirea de volum a abdomenului, se combate prin evitarea ortostatismului prelungit, folosirea încălțăminte adecvate, plimbări scurte, odihnă. Nu suntem partizanii administrării antialgicelor sau miorelaxantelor. În cazurile mai intense sau persistente, se va trata hipocalcemia și sindromul de relaxare a ligamentelor pelviene.

Polakiuria apare frecvent din cauza congestiei pelviene și/sau compresiunii asupra vezicii determinată de uterul gravid. Nu se tratează, dar impune investigarea infecțiilor aparatului urinar.

Varicele (ale membrelor inferioare și/sau vulvare) apar în special la multipare. Evitarea ortostatismului prelungit, purtarea ciorapilor elastici, ridicarea membrelor inferioare

deasupra planului orizontal sunt utile. Tratamentul chirurgical în timpul sarcinii este contraindicat. În formele severe, cu insuficiență circulatorie, se poate efectua, în primul trimestru de sarcină, întreruperea terapeutică a sarcinii.

Varicele vulvare pot fi ameliorate recomandându-se a se purta o fașă elastică în formă de "T" pe regiunea perineală.

Hemoroizii sunt accentuați deseori de încetinirea tranzitului; se recomandă igiena alimentară cu evitarea alimentelor iritante, înmuierea scaunului, igienă locală. Tratamentul chirurgical este contraindicat în sarcină. Sângerarea hemoroizilor poate induce sau agrava o anemie hipocromă.

Trombozarea, episod foarte dureros, se tratează medical după aceleași principii descrise anterior.

Leucoreea este de obicei fiziologică, prin creșterea formării de mucus de către glandele cervicale sub acțiunea estrogenilor. Nu se tratează decât prin respectarea regulilor de igienă intimă. Se recomandă însă examene citobacteriologic și parazitologic al secreției vaginale pentru a elimina o leucoree patologică. Tratamentul acestora impune precauții în primul trimestru de gestație (risc teratogen), dar după luna a IV-a este absolut obligatoriu pentru evitarea infecțiilor puerperale și/sau a infectării intr- sau postnatale a fătului.

Oboseala cu tendință la somn, mai ales în primul trimestru, dispare ulterior.

Insomnia nu se tratează cu tranchilizante și/sau somnifere, recomandându-se plimbări prelungite în aer liber, sporturi ușoare etc.

Crampele în membrele inferioare pot apărea din cauza hipocalcemiei (administrare de preparate de Ca + vitamina D). Tratamentul simptomatic – masaj, căldură locală, mișcări de flexie-extensie ale gambelor etc. – este util.

Vaccinările cu virus activ sunt contraindicate; sunt permise cele cu virus atenuat sau anatoxină.

B. CONSULTAȚIA POSTNATALĂ – LĂUZIA CONSULTAȚIA ÎN POSTPARTUM

În primele 24 de ore de la externarea din maternitate, medicul de familie are obligația de a vizita la domiciliu lăuza, pentru a controla starea de sănătate a acesteia și pe cea a nou-născutului.

Medicul de familie și asistenta medicală, concomitent cu supravegherea nou-născutului, vor urmări săptămânal și evoluția lăuzei:

- starea generală
- temperatură
- puls, tensiune
- involuție uterină
- starea lohiilor
- starea sânilor și a lactației
- prezența varicelor/flebitelor

La 3 și la 6 săptămâni de la naștere este obligatorie examinarea lăuzei de către medicul de familie sau de către medicul specialist obstetrician. La consultaia efectuată la 3 săptămâni de la naștere se vor face și recomandări privind contracepția.

Definiție

Lăuzia este perioada care urmează nașterii; durează 42 de zile și se caracterizează prin revenirea organismului matern la echilibrul din starea de negraviditate.

Clasificare

Lăuzia imediată urmează imediat după expulzia anexelor fetale din cavitatea uterină și durează 4 ore.

Se produc următoarele fenomene: rețracția musculaturii uterine, hemostaza vaselor deschise de la nivelul plăgii placentare, modificarea formei și a consistenței uterului, acesta devenind globulos și dur (globul de siguranță Pinard).

Lăuzia propriu-zisă durează 10 – 12 zile după naștere.

Se urmăresc fenomenele caracteristice.

Involuția uterină: uterul se micșorează treptat ca volum (regresia zilnică fiind de 1,5 cm pe zi) și după 10 zile devine organ pelvin, având dimensiunile unei portocale.

Lohiile reprezintă secreția plăgii uterine (locul de inserție placentară). Ele au aspect:

- sanguinolent în primele 3 zile după naștere
- serosanguinolent în următoarele 3 zile
- seros până la sfârșitul lăuziei propriu-zise.

Secreția lactată este cel mai important fenomen al perioadei.

În primele 2-3 zile postpartum, crește secreția de colostru.

În a 3-4-a zi postpartum, crește secreția lactată, sub forma numită "**furia laptelui**" (**congestia mamară**): sânii sunt măriți ca volum, angorjați, duri, dureroși spontan și la palpare, uneori se asociază și fenomene generale (febră până la 39°C, cefalee, amețeli) care cedează după 24-48 ore, o dată cu instalarea definitivă a secreției lactate.

Modificări sistemice

- sistemul nervos: scurtă perioadă de labilitate psiho-motorie din cauza modificării statusului hormonal;
- sistemul hematopoietic: hemoglobina și hematocritul scad, globulele albe ating valori mari, cu granulocitoză, limfopenie și eozinopenie; modificările durează aproximativ 7 zile, după care revin la normal;
- sistemul osteomuscular: relaxarea ligamentară și articulară se reduce treptat și apoi dispare, musculatura abdominală și perineală revin la tonusul normal;
- aparatur respirator: respirațiile au o amplitudine mare și o frecvență scăzută în primele zile după naștere, apoi revin la normal;
- aparatur cardiovascular: după naștere apare bradicardia, TA este relativ constantă în primele 7 zile, debitul cardiac, frecvența și presiunea venoasă centrală revin la normal;
- aparatur digestiv: la câteva zile după naștere apare o hipotonie intestinală, cu tendința la constipație; reluarea tranzitului intestinal se face în ziua a 3-4-a după naștere.
- aparatur renal: la 3-4 ore după naștere trebuie să se producă prima micțiune. În primele 3-4 zile după naștere poliuria nu trebuie privită ca patologică. Dilatarea ureterelor și bazinetelor dispare după 3-4 săptămâni.
- aparatur genital: uterul involuează, colul este edemațiat după naștere și rămâne deschis 6-7 zile, apoi în 2-3 săptămâni revine la normal; după naștere, orificiul extern al colului uterin rămâne cu aspect de fantă transversală. Vulva și vaginul își pierd după 2-3 zile aspectul edemațiat, congestiv, căpătându-și tonicitatea normală. Cicatrizarea lambourilor himenale după naștere determină apariția carunculilor mirtiformi.

Lăuzia îndepărtată durează următoarele 30 de zile.

Au loc modificări sistemice:

- involuția uterină continuă, astfel că la sfârșitul acestei perioade ajunge la dimensiunile anterioare sarcinii
- lohiile au aspect seros și cantitatea lor scade progresiv
- secreția lactată este întreținută de suptul frecvent al copilului (faza de automatism mamar)
- sistemul hipotalamo-hipofizar își reia funcția ciclică.

B.1 ÎNGRIJIREA ÎN LĂUZIA FIZIOLOGICĂ

În perioada de lăuzie imediată și în următoarele 7-8 zile, îngrijirea medicală a lăuzei este esențială în evitarea complicațiilor puerperale. Medicul de familie trebuie să cunoască și să asigure aceste îngrijiri, cu atât mai mult cu cât de obicei externarea lăuzelor se face în ziua a 3-5-a după naștere.

Lăuzia imediată

- în primele 2 ore lăuza rămâne sub strictă supraveghere, în maternitate;
- se urmăresc: starea generală, TA, pulsul, temperatura, prezența globului de siguranță, cantitatea de sânge eliminată pe căile genitale externe (fiziologic: 200-300 ml);
- dacă prima micțiune nu se produce în primele 3-4 ore după naștere și apare distensia vezicală, se cateterizează intermitent vezica urinară.

Lăuzia propriu-zisă

- *Involuția uterină* se apreciază prin palparea și măsurarea zilnică a înălțimii fundului uterin. Se urmăresc sensibilitatea și consistența corpului uterin. În primele zile după naștere pot să apară contracții uterine (colici uterine) care cedează la antispastice.
- *Secreția de lohii* se apreciază cantitativ și calitativ prin inspecția pansamentului vulvar. Orice modificare de miros și culoare reprezintă un semn de alarmă.
- *Secreția lactatăă*:
 - o Este necesară inspecția și palparea sânilor pentru a constata prezența secreției lactate;
 - o Înainte și după fiecare supt este obligatorie toaleta sânelui cu apă caldă fără săpun;
 - o Dacă apare angorjarea mamară, se aplică imediat comprese locale și antipiretice.
- *Toaleta organelor genitale externe* se va practica de minimum două ori pe zi, cu soluții antiseptice și se aplică pansament steril care se schimbă de 3-4 ori pe zi.
- *Îngrijirile generale*: se urmăresc zilnic pulsul, TA, temperatura și diureza;
 - o Se aplică mobilizarea precoce a lăuzei;
 - o Evacuarea tubului digestiv se produce în mod spontan în 2-3 zile de la naștere (în caz contrar, se administrează laxative ușoare);
 - o După primele 6-7 zile de la naștere, se indică gimnastică medicală pentru refacerea tonusului musculaturii abdominale și perineale;
 - o Alimentația va fi completă și echilibrată, cu evitarea alimentelor care modifică gustul laptelui astfel încât copilului să nu-i placă sau – mai ales –

care aduc în laptele mamei substanțe toxice (conservanți, condimente iritante, aditivi periculoși). Lăuza va bea lichide în cantitate normală (aproximativ 1 litru de lapte pe zi și ceaiuri, compoturi fără zahăr). În perioada alăptării este necesar un aport mai mare de calorii, proteine, vitamine și săruri minerale; acesta este foarte util pentru sănătatea mamei.

Lăuzia îndepărtată

Se vor urmări:

- Involuția uterină, lohiile și secreția lactată
- Respectarea igienei personale (sâni și organe genitale externe)
- Recomandări necesare îngrijirii sugarului
- Contactul sexual este interzis 30 – 45 zile după naștere.

B. 2 LĂUZIA PATOLOGICĂ

Varietatea complicațiilor care pot apărea în timpul lăuziei determină prezentarea lor sistematică, în funcție de cele 3 perioade ale lăuziei.

B.2.1 Patologia lăuziei imediate

Este dominată de **hemoragii**

Definiția: Hemoragia din lăuzia imediată reprezintă pierderea a peste 500 ml sânge în primele 2-4 ore după naștere

Etiologia: este asemănătoare cu a hemoragiilor din perioada a III-a nașterii:

- a) Hipotonia uterină
- b) Retenția de fragmente placentare și/sau membrane
- c) Soluții de continuitate la nivelul canalului moale
- d) Tulburări de coagulare

Diagnostic: simptomatologia clinică diferă pentru fiecare formă etiologică. Sunt comune manifestările clinice de anemie acută, cu atât mai relevante cu cât hemoragia este mai importantă; se ajunge rapid la colaps și șoc hemoragic.

a) Hipotonia uterină

 *Manifestări:*

- Hemoragia poate fi externă, internă sau mixtă. Cantitatea de sânge pierdut poate ajunge la 2.000 – 2.500 ml. Uterul nu se contractă, nu se retractă, vasele utero-placentare rămân deschise, "globul de siguranță Pinard" nu se formează.

 *Examen local:*

- Uter mărit ca volun, globulos (20 cm/10 cm), tonus scăzut, nu se contractă nici prin masaj extern;
- Examen cu valve: vaginul este integru, plin cu sânge lichid și cheaguri mari.

b) Retenția de fragmente placentare și de membrane

☞ Manifestări:

- Aderențele anormale împiedică expulzia completă a placentei și/sau a membranelor; la nivelul lor, sinusurile vasculare rămân deschise, iar contractilitatea și retractilitatea fibrelor musculare uterine implicate sunt perturbate.
- Hemoragia este externă, internă sau mixtă.

☞ Examen local:

- Uter globulos, dar contractil;
- Canal moale integru;
- Controlul placentei și al membranelor pune în evidență lipsa unui cotiledon sau fragment de placentă/membrane.

c) Soluții de continuitate la nivelul canalului moale

Constituie cea mai frecventă complicație hemoragică. Soluțiile de continuitate pot interesa canalul moale în întregime sau un segment al acestuia; pot fi minime sau întinse; rar se propagă la organele vecine (rect, uretră).

Rupturile de la nivelul colului uterin

Examenul cu valve (EV) pune în evidență soluția de continuitate. Pentru a ne asigura că nu există prelungire la nivelul segmentului inferior, se pun două pense pe cele două margini și se tracionează în jos pentru a pune în evidență unghiul superior al soluției de continuitate. La acest nivel, dacă este cazul, se va trece primul fir de catgut.

Rupturile de la nivelul vaginului

Însoțesc frecvent rupturile perineale, peretele vaginal posterior fiind cel mai expus. Cele mai grave și mai sângerânde soluții de continuitate sunt cele situate la nivelul fudurilor de sac, ce pot merge până la dezinserția domului vaginal.

Rupturile vulvare

Însoțesc pe cele vaginale și perineale. Localizările paraclitoridiene sunt foarte sângerânde.

Rupturile planșeului pelvi-perineal

Clasificare

- Gradul I: superficiale (interesează mucoasa vaginală și pielea);
- Gradul II: profunde (cu interesarea ridicătorilor anali);
- Gradul III: complete cu interesarea sfîcterului anal);
- Gradul IV: complicate (cu interesarea sfîcterului anal și a peretelui rectal anterior).

Etiologie:

- rigiditate perioneală (anatomică sau cicatricială);
- făt voluminos;
- nașteri precipitate (asistență incorectă la naștere);
- manevre obstetricale;
- indice ano-genital mic (< 6 cm).

Diagnostic:

- se face prin inspecție și palpare, remarcându-se soluția de continuitate la nivelul perineului;
- hemoragie externă.

d) Hemoragiile prin tulburări de coagulare

Sunt întotdeauna importante cantitativ, cu sânge necoagulabil, însoțite de microhemoragii la nivelul altor aparate și sisteme, cu constante biologice catacteristice coagulopatiei de consum.

Evoluția și prognosticul hemoragiilor din lăuzia imediată

Ambele sunt rezervate, condiționate de mai mulți factori:

- cantitatea și rapiditatea pierderilor sanguine;
- timpul scurs până la efectuarea hemostazei;
- terenul și echilibrul biologic al lăuzei.

Conduita în hemoragiile din lăuzia imediată

- Profilactică: consultația prenatală și asistarea corectă a nașterii.
- Curativă: dacă hemoragia este constatată la domiciliu/în cabinetul medicului de familie, lăuza va fi transportată la maternitate cu ambulanța; până la sosirea acesteia, este necesară enținerea echilibrului hemodinamic cu soluții cristaloide și derivați plasmatici, administrate intravenos ± hidrocortizon hemisuccinat.

În funcție de etiologia hemoragiei, se recomandă:

a) În hipotonia uterină:

- golirea vezicii urinare (o vezică plină poate menține ascensionat uterul și nu se realizează globul de siguranță)
- oxitocină i.v. (perfuzie 2-4 u.i.) sau i.m. (Oxitocină 2-10 u.i + Ergomet 1-2 f.)
- masaj extern sau bimanual (cu o mână introdusă în cavitatea uterină)
- gheață pe abdomen
- coborârea exagerată a uterului prin tracțiuni cu două pense fixate pe col (este o manevră disperată, dar în acest fel se realizează cudarea arterelor uterine, diminuarea hemoragiei și se poate temporiza cazul până la sosirea ambulanței) dublată de meșare strânsă a fundurilor de sac vaginal
- se poate practica și hemostază prin compresiunea abdominală a aortei (cu pumnul) pe planul dur al coloanei vertebrale.

b) În retenția parțială a placentei/membranelor:

- controlul manual al cavității uterine
- administrarea de ocitocice

c) În soluțiile de continuitate, atitudinea va fi raportată la gravitate:

- gradul I: sutura mucoasei vaginale și apoi a tegumentului;
- gradul II: sutura mușchiului ridicător anal, apoi a mucoasei vaginale și a tegumentului;
- gradul III: sutura sfîncterului anal cu fire în "U", apoi a ridicătorului anal, a mucoasei vaginale și a tegumentului;
- gradul IV: sutura peretelui rectal, începând de la unghiul superior, în două straturi, apoi a sfîncterului anal cu fire în "U", a ridicătorului anal, a mucoasei vaginale și a tegumentului;
- soluțiile de continuitate de gradul III și IV nu pot fi rezolvate decât în spitale de profil. În cabinetele ambulatorii se va încerca hemostaza locală prin compresiune sau cu fire de hemostază.

- d) **În tulburări de coagulare:** tulburările de echilibru fluido-coagulant necesită administrare de: fibrinogen, plasmă trombocitară, EAC (acid epsilo amino caproic), Trasylool și chiar sânge proaspăt.

B.2.2 Patologia lăziei propriu-zise și îndepărtate

În aceste perioade ale lăuziei, întâlnim două complicații majore: **infecția** și, pe plan secund, **hemoragia**.

B.2.2.1 Infecții puerperale

Definiție: Infecția puerperală este entitatea clinică infecțioasă care apare în lăuzie, cu poartă de intrare la nivelul aparatului genital, cu evoluția

imprevizibilă și risc vital

Clasificare

- infecții joase: perineu, vulvă, vagin, cervix;
- infecții înalte: uter, trompă, ovar;
- infecții npropagate: celulita pelviană, pelviperitonita;
- infecții generalizate: peritonita, septicemia;
- infecții purperale ale sâneluiM
- tromboflebita puerperală.

a) Infecții puerperale joase

Aceste infecții sunt localizate la nivelul vulvei, vaginului, perineului și al cervixului, având frevent ca punct de plecare o plagă perineală dehiscentă suprainfectată. Germenii frecvent întâlniți sunt: stafilococul, streptococul, colibacilul, pneumococul, gonococul etc.

Diagnostic

☞ Manifestări

- Subfebrilitate, dureri și usturimi locale.

☞ Examen local

- Soluții de continuitate sau plăgi dehiscente (vaginale, perineale), acoperite de puroi și false membrane.

Diagnostic paraclinic: leucocitoză, viteză de sedimentare a hematiilor (SH) crescută.

Evoluția: neglijate, infecțiile se propagă la etajele superioare

Conduita:

Profilactică:

- Asistarea corectă a nașterii, cu evitarea soluțiilor de continuitate la nivelul canalului moale, prin recomandarea corectă a perineotomiei profilactice
- Efectuarea, în condiții de strictă asepsie, a perineorafiiilor
- Toaleta zilnică locală cu antiseptice de tip: Betadine, permanganat de K etc.

Curativă:

- Dacă lăuza nu poate fi interată în spital, se va face zilnic toaleta cu soluții antiseptice, după îndepărtarea țesuturilor necrozate, urmată de pansament steril
- Antibiotice cu specru larg; sedințe zilnice de ultraviolete
- După aseptizarea plăgii, se poate încerca sutură secundară.

b) Infecții puerperale înalte (localizate la nivelul uterului)

Evoluează sub 3 forme:

1. **Lohiometria**: este infecția lohiilor, care devin cărămizii, cu striuri purulente, fetide. Germenii mai frecvent întâlniți sunt: stafilococul, streptococul, pneumococul, gonococul.

Diagnostic clinic:

- *Simptomatologie*: subfebrilitate, astenie;
- *Examen local*: - uter subinvoluat, globulos, moale, sensibil la nivelul coarnelor;
- lohii în cantitate redusă sau modificate

Diagnostic paraclinic:

- Leucocitoză, VSH crescută, culturi pozitive din lohii

2. **Endometrita** este forma cea mai comună a infecției puerperale; infecția este localizată la nivelul endometrului.

Etiopatogenie:

- Asistare incorectă a nașterii, nerespectarea asepsiei
- Manevre obstetricale numeroase, travalii laborioase, membrane rupte cu/fără corioamniotită
- Propagare de la infecții joase

Germenii implicați: stafilococul, streptococul, colibacilul, pneumococul, gonococul etc.

Diagnostic clinic:

CAF Manifestări:

- Se instalează după 4-5 zile de la naștere
- Stare generală modificată, astenie, adinamie, febră cu sau fără frisoane
- Dureri hipogastrice.

CAF Examen local

- Uter subinvoluat, mare, moale, dureros la palpare
- EV: col uterin deschis, prin care se elimină lohii purulente.

Diagnostic paraclinic:

Leucocitoză, VSH crescută, culturi pozitive din lohii.

3. **Metrita** este forma evolutivă a endometritei; procesul inflamator invadează peretele uterin, constituindu-se microabcese.

Diagnostic clinic:

☞ Manifestări:

- Alterarea marcată a stării generale, febră, frison
- Tahicardie
- Paloare
- Dureri în etajul inferior al abdomenului

☞ Examen local

- Uter subinvoluat, mare, moale, foarte sensibil; lohii abundente, fetide

Diagnostic paraclinic:

Leucocitoză, VSH crescută, culturi pozitive din lohii; ecografia este sugestivă.

Evoluția infecțiilor puerperale este în funcție de precocitatea diagnosticului și a tratamentului. Lohiometria și endometrita au o evoluția bună sub tratament, cu vindecare în 5-6 zile. Metrita necesită un tratament de 10 zile; există riscul propagării la organele vecine.

Conduita în infecțiile puerperale:

Profilactică: la măsurile profilactice ale infecțiilor joase se adaugă asanarea tuturor focarelor de infecție în timpul sarcinii și antibioterapia la lăuzele cu membrabe rupte peste 12 ore.

Curativă: cazul trebuie internat de urgență în spital, unde se vor administra antibiotice cu spectru larg (după antibiogramă), antitermice, ocitocice, gheața pe abdomen.

Infecțiile propagate și cele generalizate. Au aceleași manifestări ca în afara sarcinii. De reținut: anergia din lăuzie determină o evoluția gravă care poate pune în pericol viața mamei.

Infecțiile puerperale ale sânelui. Patologia infecțioasă a sânelui în puerperalitate cuprinde un grup heterogen de entități care apar în postpartum-ul propriu-zis și îndepărtat, excepțional în timpul gestației, fiecare având caracteristici diagnostice, evolutive și terapeutice distincte. Caracterul comun este reprezentat de originea lor microbiană.

Inflamațiile acute ale sânelui realizează un proces inflamator caracterizat prin modificări microcirculatorii ce determină vaso-dilatație, creșterea permeabilității vasculare și exsudare plasmatică.

Frecvență: infecțiile nesupurate sunt cotate la 10-12%, dar pot scădea sub 1% printr-o profilaxie coectă. Cel mai frecvent, acestea apar în lăuzie sau, mai târziu, în perioada e ablactare.

Etiologie

Factorii etiologici se împart în două categorii: determinanți și favorizanți.

Factorii determinanți:

- Stafilococ coagulazo-pozitiv (cel mai frecvent), stafilococ alb, stafilococ auriu, E. coli, Proteus, Streptococ etc.
- Principalele surse de germeni patogeni par a fi nazofaringele și tegumentul nou-născutului, urmate de sursa maternă (lăuza poate fi purtătoare de germeni la nivelul tegumentelor, al sânilor sau al regiunilor învecinate ori să prezinte un focar de infecție la distanță). Flora exogenă, de spital, rezistență, selecționată poate fi inoculată ca urmare a unei insuficiente spălări a mâinilor mamei sau ale personalului sanitar.

Factori favorizanți. Din multitudinea acestor factori, cei mai importanți sunt:

- primiparitatea;
- leziunile areolare și mamelonare sub formă de fisuri/ragade care se întâlnesc mai frecvent la mamele care nu au efectuat o pregătire locală a sânelui în vederea alăptării;
- insuficienta instruire a mamelor în ceea ce privește tehnica alăptării, cu nerespectarea regulilor de igienă locală;
- anotimpurile călduroase (necesită o igienă locală și generală adecvată);
- angorjarea mamară fiziologică (determinată de acumularea laptelui la nivelul acinilor glandulari, cu eliminarea incompletă a acestuia), incorect remediată, creează condiții favorabile dezvoltării germeilor;
- galactocelul, laptele reținu în interiorul său, este un bun mediu de cultură pentru multiplicarea germeilor;
- terenul favorizant, care poate predispune la apariția infecției mamare, chiar dacă sunt respectate regulile de asepsie (diabet, obezitate, anemii severe, subnutriție, avitaminoze, modificări morfologice mamelonare etc.)

Forme clinice

Se descriu două forme clinice:

- a) paramastitele
- b) mastita acută.

a) **Paramastitele:** limfangita, abcesul tuberos, abcesul premamar/retromamar.

Limfangita este infecția localizată la tegumente și țesutul interstițial, prin propagare de la o leziune mamelono-areolară.

Diagnostic:

Semne generale: debut brusc cu ușoară alterare a stării generale, febră 39-40°C, frisoane, astenie, senzație de tensiune și arsură la nivelul unui sân, durere locală care crește în intensitate la atingere sau la mișcarea brațelor.

Examenul local pune în evidență tegumente edematice, cu treneuri roșietice, care corespund circulației limfatice, frecvent localizate în cadranel supero-extern, cu tendință de

prelungire axilară. La palpate, sânul este dureros (durerea iradiază spre axilă). Adenopatia axilară de însoțire se întâlnește frecvent și este dureroasă.

Evoluția limfangitei se poate face spre vindecare; fenomenele locale și generale se ameliorează în 24-48 ore, lactația se reia. Uneori poate recidiva sau poate evolua spre supurație.

Limfangita profundă este o formă particulară, cu semne generale mai atenuate, fără fenomene inflamatorii locale, dar cu durere la palparea profundă a sânelui.

Abcesul tuberos: reprezintă o colecție localizată la nivelul areolei și a regiunii perimamelonare. Fenomenele generale sunt mai puțin evidente, durerea este localizată la nivelul colecției, care deformează areola; tegumentele sunt eritematoase, infiltrate.

La palpate, se constată o formațiune bine circumscrisă, cu un diametru de câțiva cm, dureroasă la atingere, fără adenoăptie, cu tendința la abcedare externă și vindecare rapidă. Propagarea în profunzime este rară, dar foarte gravă.

Abcesul premamar/retromamar. Infecția este propagată în profunzime, lăuza prezintă o alterare importantă a stării generale, febră, frisoane, creștere evidentă de volum a sânelui, cu durere locală continuă și intensă.

La examenul local se constată o creștere asimetrică de volum a sânelui ca urmare a prezenței unei formațiuni de dimensiuni variabile care deplasează anterior glanda mamară, tumora este renitentă sau fluctuantă, foarte dureroasă, cu tegumente edemațiate intens, congestionate.

În localizarea retromamară, supurația pătrunde în spațiul dintre corpul glandei și fascia pectorală, dislocând unori sânul de pe planurile profunde. Diagnosticul corect al acestor forme rare este foarte important pentru instituirea unui tratament adecvat.

b) Mastita acută

Procesul inflamator este localizat la nivelul unui lob glandular, uneori interesând toată glanda, iar în mod excepțional ambii sâni.

Diagnostic

☞ Manifestări

- Starea generală se alterează, febră (39°C), cefalee, astenie, puls accelerat, durere vie în sân.
- Debutul este brusc, la 2-3 săptămâni post-partum, sub forma unei limfangite (descrisă anterior) sau sub forma unei galactoforite cu semne funcționale discrete (senzația de sân plin, în tensiune, dureri locale spontane, exacerbate de contactul cu lenjeria sau de suptul copilului).

☞ Examen local. Sânul este mărit de volum, asimetric, cu tegumente nemodificate, de consistență fermă; semnul Budin prezent (presarea sânelui determină apariția

unor picături de puroi amestecat cu lapte, pe suprafața mamelonului). Frecvent, se constată fisuri, excoriații și ragade areolo-mamelonare.

În acest stadiu, tratamentul corect al limfangitei sau galactoforitei oprește evoluția spre abcedare.

Fără tratament, în câteva ore, se pun în evidență: eritem și edem tegumentar pe o zonă de 3-4 cm, sânul păstrându-și creșterea asimetrică de volum. La palpare, tegumentele sunt infiltrate, împăstate; palparea se execută cu dificultate, din cauza sensibilității crescute; se poate identifica o formațiune imprecis conturată, dură. Adenopatia axilară poate fi prezentă.

În stadiul de mastită acută supurată, simptomatologia se menține și se poate agrava.

Semnele clinice de afectare se mențin și se pot agrava; durerea devine pulsatilă.

Examenul local pune în evidență o zonă colectată, sub un tegument lucios, edemațiat, roșu-violaceu. La parpare, se constată o formațiune fluctuantă, bine conturată, deosebit de dureroasă, uneori abcedată, cu traiect fistulos prin care se exteriorizează puroi amestecat sau nu cu lapte.

Diagnosticul paraclinic se pune numai în spital. Sunt necesare următoarele investigații:

- explorări hemotologice de rutină;
- cultură, antibiogramă și studiu citopatologic din laptele sau puroiul exteriorizat prin mamelon ori prin traiectul fistulos.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe examenul clinic, explorările hematologice, cultura și antibiograma laptelui/puroiului exprimat prin mamelon. Mai rar se recomandă examenul mamografic și ecografic.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu:

- *angorjarea mamară*, manifestată prin creșterea în volum a sânilor, bilaterală, cu senzație de tensiune și căldură locală, cu exagerarea rețelelor venoase și limfatice, la care se poate adăuga febra.
- *galactocelul*, formațiune benignă, unică, localizată în profunzimea sânelui, de dimensiuni variabile, ce conține lapte (de obicei alterat), cu potențial crescut de infecție secundară, dar fără semne de infecție locală; poate fi diagnosticat după naștere și confundat cu un abces profund. Examenul ecografic și mamografic stabilesc diagnosticul.
- *mastita carcinomatoasă*, afecțiune rară, foarte gravă.

Conduita în mastita acută

Profilactică: are ca obiectiv principal evitarea factorilor favorizanți. Un rol determinant îl are igiena alăptării.

Curativă: va fi bine supravegheată, eventual într-o unitate de profil; se urmărește evitarea abcedării și menținerea capacității de alăptare.

Tratament recomandat în limfangită:

- antibiotice cu spectru larg;
- antipiretice, antalgice, antiinflamatorii;
- local, comprese cu soluții antiseptice și pungă cu gheață;
- sânul va fi golit mecanic cu ajutorul pompițelor;
- tratamentul va fi aplicat până la dispariția simptomatologiei locale și generale.

În mastita nesupurată: același tratament, dar este de mai lungă durată (cel puțin 10 zile). Dacă fenomenele locale nu se remit, se recomandă aplicarea de căldură locală, cu scopul colectării și obținerii unei delimitări și maturări a abcesului, după care se va trece la cura chirurgicală.

În mastita supurată: sub protecție de antibiotice, se practică incizie, debridare și drenaj al colecției. Incizia se execută la nivelul zonei colectate, ținând cont de forma anatomo-patologică și topografică.

Antibioterapia inițială cu spectru larg va fi continuată în funcție de rezultatul culturilor și al antibiogramei.

În general, chiar în cazurile grave, evoluția este favorabilă și remisiunea se obține în 2-3 săptămâni.

Inflamațiile cronice ale sânelui, cel mai frecvent iatrogene, sunt urmarea unui tratament insuficient sau incorect condus și reprezintă o transformare de sclero-fibroză a sânelui, circumscrisă, cu infiltrat leucocitar și histiocitar.

B.2.2.2. Hemoragie

Această complicație, atât de reductabilă în lăuzia imediată, îmbracă un spectru secundar în lăuzia propriu-zisă și mai ales în cea îndepărtată.

Entități etiologice: retenție de resturi placentare/lohii.

Retenția de resturi placentare


Resturile placentare, mai rar un cotiledon, se organizează, se necrozează și se acoperă cu fibrină, putând merge până la formarea așa-numitului "polip placentar". Eliminarea depozitelor de fibrină determină apariția hemoragiei.

Diagnostic

Manifestări clinice

- Semne subiective, necaracteristice;
- Subfebrilitate, anemie secundară;

- Contractții uterine dureroase, urmate de pierderi sanguine nesemnificative.

 *Examen local*

- Subinvoluție uterină.

Diagnostic paraclinic:

Hemoleucogramă, BVSH;
Examen ecografic, histeroscopie.

Conduita

Profilactică: asistare corectă a nașterii, cu controlul atent al integrității placentei.

Curativă: internarea lăuzei într-o unitate de profil, unde se va recurge la:

- chiuretaj uterin blând, pentru ca detașarea resturilor (care sunt, în general, aderente la peretele uterin) să nu se producă împreună cu fragmente de mușchi uterin;
- histerectomie subtotală în cazurile în care resturile placentare organizate nu pot fi extrase.

Retenția de lohii

Lohiile se mențin sero-sanguinolente, iar evacuarea se face intermitent și trenant. Se asociază o subinvoluție uterină.

Administrarea de ocitocice, cu sau fără dilatarea colului și antibioterapie pot preveni suprainfectarea lohiilor și a endometrului.

Prescurtări folosite în text

| | |
|------|-------------------------------------|
| BCF | Bătăile cordului fetal |
| DSP | Direcțiile de Sănătate Publică |
| DT | Vaccin Diftero-Tetanic |
| EV | Examen cu valve |
| Hb | Hemoglobina |
| HIV | Virusul Imunodeficienței Umane |
| HPV | Human Papilloma Virus |
| Ht | Hematocrit |
| HTA | Hipertensiune arterială |
| ÎFU | Înalțimea fundului uterin |
| MAF | Mișcări active fetale |
| MF | Medic de familie |
| RBW | Reacția Bordet-Wassermann |
| TA | Tensiune arterială |
| TPHA | Treponema Pallidum Hemaglutination |
| TV | Tușeu vaginal |
| VDRL | Veneral Disease Research Laboratory |
| VSH | Viteza de sedimentare a hematiilor |
| VTA | Vaccin tetanic absorbit |